



TOBY DOUGLAS
DIRECTOR

Estado de California—Entidad de Salud y Servicios Humanos
Departmento de Servicios de Atención
De la Salud



EDMUND G. BROWN JR.
GOVERNOR

CUESTIONARIO DE MEDI-CAL SOBRE PATRIMONIO SUCESORIO

ATENCION: Persona responsable del patrimonio sucesorio (herencia) de:

Notificación de fallecimiento tiene que ser entregada al Departamento de Servicios de Atención de la Salud conforme a la ley de California (Secciones 215, 9202, y 19202 del Código de Sucesiones). Para procesar mas rapido, complete el cuestionario en la pagina de internet: **dhcs.ca.gov/ER**, o devuelva en el sobre previsto.

Favor de completar el cuestionario a su mayor entendimiento.

Incluya una copia del certificado de muerte del fallecido. Si tenemos más preguntas, estaremos en contacto con usted.

1. Información de contacto del abogado o persona encargada del patrimonio sucesorio:

Nombre: _____ Numero telefónico: () _____
Dirección: _____
Correo electrónico: _____ Relación: _____ # de Herederos: _____
Numero de herederos al patrimonio: _____ Adjunte lista de nombre(s) y domicilio(s) en otro hoja.

2. Marque las que apliquen de las siguientes:

- Cónyuge o pareja registrada del difunto sigue con vida. Si no, adjunte una copia del certificado de defuncion.
- El difunto es sobrevivido por un hijo/a que es menor de 21 años.
- El difunto es sobrevivido por un hijo/a ciego/a o incapacitado/a de cualquier edad. Si la respuesta es sí, adjunte una copia de la Carta de Beneficios de la Administración del Seguro Social y una copia de la acta de nacimiento de el/la niño(a).

3. Ha sido o será legalizado el patrimonio sucesorio: Sí ___ No ___

Si marco "Sí": Numero de la sucesion testamentaria: _____ Condado: _____

4. Hay un fideicomiso: Sí ___ No ___ Si marco "Sí", adjunte una copia de el fideicomiso.

5. Marque todas las selecciones que fueron propiedad del difunto:*Adjunte copias: cuenta de banco, poliza de seguro, escritura

- | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Pensiones | <input type="checkbox"/> Casa móvil | <input type="checkbox"/> Cuenta bancaria |
| <input type="checkbox"/> Anualidades | <input type="checkbox"/> Acciones/bonos | <input type="checkbox"/> Auto/Barco | <input type="checkbox"/> Otros bienes _____ |
| <input type="checkbox"/> Terreno | <input type="checkbox"/> Pólizas de seguro | <input type="checkbox"/> Joyas | <input type="checkbox"/> No tuvo bienes |

*Valor estimado de todos los bienes: _____. Pago usted los gastos de el funeral/entierro utilizando sus fondos personales? SI ___ No ___ Si la respuesta es "Sí", adjunte copia de los recibos.

Nombre: _____ Numero telefónico: _____
(Persona completando forma)

Firma: _____ Fecha: _____

DHCS 6251 SP (Rev 03-14)